

Государственное образовательное учреждение
среднего профессионального образования
Сызранский медицинский колледж

Учебное пособие

*Заболевания кожи с
мультифакториальной и
аутоиммунной этиологией.*

для студентов IV курса
специальностей 060101.52 «Лечебное дело»,
060109.51 «Сестринское дело»,
060102.51 «Акушерское дело»

Составитель: Синькова Т.А.

Рассмотрено и одобрено
на заседании ЦМК
Протокол № _____ от _____ 20__ г
Председатель ЦМК
Добрянина О. В.

Сызрань, 2011 год

Пояснительная записка

Настоящее электронное пособие составлено для организации и проведения самостоятельной подготовки студентов с целью овладения ими достаточно сложного учебного материала по теме «Заболевания кожи с мультифакториальной и аутоиммунной этиологией» дисциплины «Кожные и венерические болезни».

Данное пособие написано в соответствии с рабочей программой основано на требованиях ГОС СПО к минимальному содержанию и уровню подготовки выпускников по специальностям 060101.52 Лечебное дело, 060109.51 Сестринское дело, 060102.51 Акушерское дело.

В пособии подробно раскрыты вопросы клиники, принципы диагностики и лечения при данных кожных заболеваниях, которые изложены в доступной форме. Учебный материал сопровождается иллюстрациями и схемами, что значительно облегчает усвоение данного материала.

После изучения теоретических основ студенты имеют возможность провести контроль качества усвоения теоретических знаний по предложенным тестам.

Рецензия

Электронное учебное пособие «Заболевание кожи с мультифакториальной и аутоиммунной этиологией». Составлено в соответствии с квалификационными требованиями к уровню подготовки выпускников по специальностям: 060101.52 Лечебное дело повышенный уровень, 060102.51 Акушерское дело, 060109.51 Сестринское дело согласно рекомендациям ГОС СПО 2-го поколения по дисциплине «Кожные и венерические болезни».

Пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы студентов при изучении дисциплины «Кожные и венерические болезни» по разделу «Заболевания кожи с мультифакториальной и аутоиммунной этиологией».

Актуальность подготовки данного пособия обусловлена необходимостью применением в учебном процессе современных компьютерных телекоммуникаций для формирования компьютерного грамотного специалиста со средним медицинским образованием. Ключевым вопросом в данном пособии стало рассмотрение клиники, диагностики и принципов лечения при данных кожных заболеваниях, которые изложены в доступной форме, с приложением иллюстраций, схем.

После изучения теоретических основ по вопросам, студенты имеют возможность провести контроль качества усвоения теоретических знаний по предложенным тестам.

Необходимо отметить практическую ценность электронного учебного пособия, содержащего современную научную информацию и имеющее практическую ориентацию по вопросам клиники, диагностики и лечения кожных заболеваний с мультифакториальной и аутоиммунной этиологией.

Достоинство данного электронного пособия является его мобильность, доступность, возможность обновления информационно-наглядного материала. Применение электронного учебного пособия в учебном процессе поможет студентам изучить данную тему самим, повысит качество организации учебного процесса.

Представленное электронное пособие рекомендуется для применения в учебном процессе по дисциплине «Кожные и венерические болезни» раздел «Заболевания кожи с мультифакториальной и аутоиммунной этиологией» для студентам 4 курса медицинских колледжей и училищ, слушателей ОПП, а так же в практическом здравоохранения с целью своевременной диагностики, качественного лечения данных заболеваний и их профилактики.

Содержание

1. БОЛЕЗНИ КОЖИ С НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ

2. КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

- Кожная форма
- Системная красная волчанка

3. СКЛЕРОДЕРМИЯ

4. ПУЗЫРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

5. ПУЗЫРЧАТКА

- Вульгарная пузырчатка.
- Вегетирующая пузырчатка.
- Листовидная пузырчатка.
- Себорейная, или эритематозная, пузырчатка.

6. ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТОЗ (БОЛЕЗНЬ ДЮРИНГА)

7. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

8. ПСОРИАЗ (ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ)

9. НАРУШЕНИЯ ПИГМЕНТАЦИИ КОЖИ

- Гиперхромия (гиперпигментация).
- Хлоазма
- Врожденные пигментные пятна (невусы).
- Невус
- Гипохромия (гипопигментация).
- Альбинизм
- Витилиго

10. БОЛЕЗНИ ВОЛОС

- Дефекты стержня волоса.
- Болезни волос с вовлечением в процесс кожи головы.

11. БОЛЕЗНИ САЛЬНЫХ И ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ

- Себорея (салотечение).
- Угревая сыпь
- Гипергидроз

12. РОЗАЦЕА

13. НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ

- Агиоретикулез Капоши
- Базоцеллюлярная эпителиома, или базалиома
- Спиноцеллюлярная эпителиома, или плоскоклеточный рак.
- Меланома.

БОЛЕЗНИ КОЖИ С НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ

В эту группу заболеваний кожи включены дерматозы, этиология и патогенез которых окончательно не выяснены. В настоящее время они интенсивно изучаются, большинство из них признаны полиэтиологическими и полипатогенетическими. По мере раскрытия природы дерматозов с неясной этиологией эта группа будет уменьшаться; так, например, красную волчанку и пузырчатку частично можно отнести к аллергическим (аутоиммунным) заболеваниям.

Аутоиммунные заболевания возникают в результате «замешательства» иммунной системы организма, когда клетки иммунной системы расценивают некоторые собственные белки организма как чужеродные и атакуют собственные клетки и ткани.

КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

При данном заболевании поражаются суставы, серозные оболочки, кожа, внутренние органы и ЦНС. В развитии красной волчанки ведущую роль играют аутоиммунные патологические реакции, т.е. появляются антитела к собственным тканям (коллагену) организма. В развитии аутоаллергического процесса определенное значение имеют стрептококковая очаговая инфекция, а также термические, лучевые, химические ожоги, механические повреждения кожи. В некоторых случаях лекарственные препараты (антибиотики, сульфаниламиды, вакцины, сыворотки) при длительном приеме обостряют или выявляют скрыто протекающую аутоенсибилизацию.

Выделяют форму с преимущественным поражением кожи и доброкачественным течением и тяжелую системную форму с преимущественным поражением внутренних органов. Первая форма может перейти во вторую.

Кожная форма начинается с покраснения, на котором довольно быстро развивается гиперкератоз, и затем в центре поражения кожа атрофируется. Соскабливание чешуек затруднено и вызывает болевые ощущения. Очаги поражения при красной волчанке обычно локализуются на открытых участках: на носу, щеках, ушных раковинах, кистях. Высыпания представлены одним или несколькими очагами, склонными к периферическому росту. В них отмечаются гиперемия, гиперкератоз и атрофия. Иногда высыпание на лице, захватывая нос и щеки, имеет форму бабочки. Нередко красная волчанка изолированно возникает на красной кайме губ. Описанная картина характерна для дискоидной хронической красной волчанки.

Реже встречается диссеминированная красная волчанка. Очаги поражения, локализуясь не только на лице, но и на волосистой части головы, верхней половине туловища, плечевом поясе, имеют те же клинические признаки, что и при дискоидной красной волчанке, но обычно их много, и они меньших размеров.

Системная красная волчанка характеризуется нарушением общего состояния больного. На коже видны распространенные эритематозные пятна и редко пузыри, волдыри. Появляются отеки и геморрагии. Очень часто развиваются артриты и поражения внутренних органов — почек (волчаночный нефрит), сердца (эндокардит, миокардит, перикардит), печени, легких. Отмечаются повышение СОЭ, альбуминурия, лейкопения, тромбоцитопения, гипергаммаглобулинемия. В крови обнаруживаются клетки красной волчанки — LE-клетки. Для диагностики большое значение имеют реакции иммунофлюоресценции.



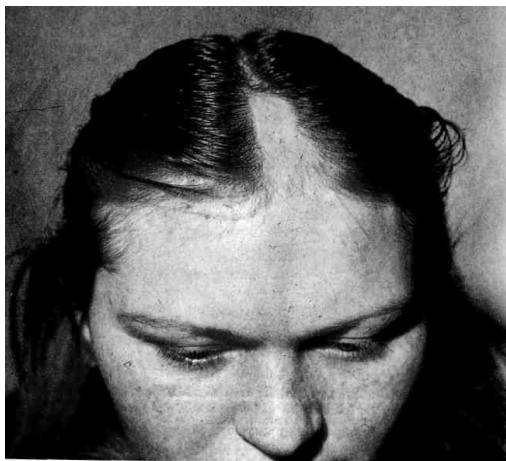
Лечение.

Терапия зависит от формы заболевания. Ведущим методом лечения является длительное применение антималярийных препаратов — хингамина (делагил, хлорохин), плаквенила. Одновременно назначают витамины комплекса В. Хороший, но, как правило, нестойкий эффект можно получить при смазывании очагов поражения фторсодержащими мазями («Флуцинар», «Ультралан»), которые рекомендовано накладывать под окклюзионную повязку.

В тяжелых случаях лечение больных красной волчанкой необходимо проводить в стационарных условиях. С профилактической целью рекомендуют избегать ультрафиолетового облучения кожи, применять фотозащитные кремы и мази «Луч», «Щит», «От загара», «Весна» или мази, содержащие салол и хинин. Лица, страдающие красной волчанкой, должны состоять на диспансерном учете.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Склеродермия — заболевание, характеризующееся воспалительными, сосудистыми и фиброзными изменениями кожи и внутренних органов. Встречается она во всех возрастных группах.



Очаговая склеродермия (бляшечная).

Этиология и патогенез не установлены. Предполагают, что большую роль в возникновении заболевания играет инфекционно-аллергический процесс. Известно, что нейроэндокринные расстройства резко изменяют состояние кровеносных сосудов и, следовательно, нарушают межклеточный обмен и способствуют склерозированию соединительной ткани. Иногда склеродермия развивается после травмы, переохлаждения, вакцинации, переливания крови, приема некоторых лекарственных препаратов. Имеют значение генетические факторы.

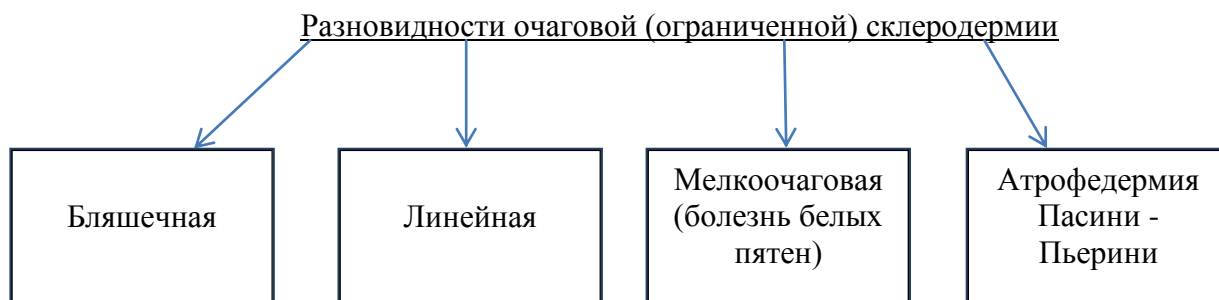
В зависимости от распространенности процесса на коже, изменений в других органах и системах выделены очаговая (ограниченная) и генерализованная (диффузная) склеродермия. Отмечено, что очаговая склеродермия иногда бывает начальным проявлением генерализованной формы заболевания.

Очаговая склеродермия протекает относительно доброкачественно. В развитии болезни различают три стадии:

- 1) отек,
- 2) уплотнение и склерозирование,
- 3) атрофия и пигментация.

Очаговая склеродермия имеет несколько разновидностей.

Наиболее часто встречается бляшечная склеродермия (рис. 22). В этих случаях кожные элементы локализуются чаще на коже туловища, реже — на конечностях. Вначале появляется фиолетово-красное пятно, которое постепенно уплотняется и увеличивается. Субъективные ощущения, как правило, отсутствуют, вследствие чего эта стадия болезни просматривается. Постепенно центральная часть очага поражения приобретает желтовато-белую окраску с восковидным блеском и сглаженным кожным рисунком, становится плотной. Надавливание пальцем не оставляет ямки. Волосы в очаге поражения выпадают, уменьшается сало-и потовыделение. По периферии очага поражения сохраняется лиловато-розовая отечная каемка. В дальнейшем фиолетовое кольцо исчезает, уплотненный участок становится мягче, западает. На месте высыпаний остаются гиперпигментация и атрофия.



Генерализованная склеродермия чаще начинается на конечностях в виде акросклероза, постепенно распространяясь на другие участки тела. Начальные симптомы акросклероза (похолодание пальцев, уменьшение чувствительности, синюшный цвет кожи и др.) через многие месяцы сменяются плотным отеком и склерозированием кожи. Она становится плотной, как дерево, гладкой, блестящей, неподвижной. На пораженной коже возникают трофические язвы. Через 2-3 года в процесс вовлекается кожа лица. Лицо приобретает маскообразный вид. Ротовое отверстие суживается, нос в хрящевой части истончается, принимая клювовидную форму. Нередко в процесс вовлекаются внутренние органы. Течение диффузной склеродермии характеризуется прогрессирующим ухудшением состояния больного.

Лечение. Больным склеродермией проводят комплексную терапию. Следует ликвидировать очаги хронической инфекции, которые способствуют сенсibilизации организма. Для этого целесообразно назначение антибиотиков группы пенициллина, который обладает еще гиалуронидазоподобным и иммуносупрессивным действием. Эффективны препараты гиалуронидазы (лидаза, ронидаза, стекловидное тело).

Используют витамины и препараты, способные расширять периферические сосуды (компламин, никотиновая кислота). Отмечен благоприятный эффект от назначения АТФ, гипербарической оксигенации. В стадии уплотнения применяют физиотерапевтические процедуры: ультразвук, массаж, ванны, фонофорез гидрокортизона, парафиновые аппликации, грязелечение, лечебную гимнастику и т.д. Дети, страдающие склеродермией, должны находиться под диспансерным наблюдением педиатра, дерматолога и невропатолога.

ПУЗЫРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

В эту группу входят хронические заболевания, основным морфологическим элементом которых является пузырь. В последние годы установлено, что пузырчатку и герпетиформный дерматоз следует рассматривать как аутоиммунные (аутоагрессивные) заболевания. При пузырчатке в организме обнаруживаются циркулирующие антитела IgG, имеющие сродство к межклеточному веществу шиповатого слоя эпидермиса. При герпетиформном дерматозе установлено отложение антител IgA в базальной мембране пораженной кожи.



Генерализованная (диффузная) склеродермия.

ПУЗЫРЧАТКА

Это заболевание встречается у лиц обоего пола, чаще старше 40 лет. Дети болеют очень редко. Заболевание протекает тяжело. На невоспаленной коже и слизистых оболочках образуются пузыри, быстро распространяющиеся по всему кожному покрову. Формирование пузырей связано с акантолизом — растворением межклеточной цементирующей субстанции эпителия. Это приводит к расширению межклеточных пространств и нарушению связей между клетками. Клинически этот патогистологический феномен выявляется путем легкого трения пальцем непораженной кожи. Вследствие этого вблизи пузырей происходит отслойка поверхностных слоев эпителия с образованием эрозии (симптом Никольского). В целях лабораторного подтверждения диагноза исследуют поверхностный слой клеток. В мазках-отпечатках, получаемых со дна эрозий, можно обнаружить патологические шиповатые клетки — акантолитические. Без адекватного лечения заболевание приводит к смерти.

Различают 4 формы заболевания: вульгарную, вегетирующую, листовидную и себорейную пузырчатку.

Вульгарная пузырчатка. На внешне не измененной коже или слизистых оболочках появляются напряженные пузыри величиной с горошину, лесной орех и больше с прозрачным, постепенно мутнеющим содержимым. Пузыри вскрываются, образуя ярко-красные эрозии, или подсыхают, превращаясь в корку (рис. 24). На месте высыпаний остается стойкая пигментация. Общее состояние больных тяжелое, они страдают бессонницей, нередко повышается температура тела, ухудшается аппетит.



Вульгарная пузырчатка. Поражение слизистой оболочки полости рта.

Вегетирующая пузырчатка. В полости рта, на губах, в подмышечных ямках, паховых складках, на наружных половых органах образуются быстро вскрывающиеся пузыри. На дне эрозии возникают легко кровоточащие разрастания (вегетации) высотой до 1—2 см. В стадии регресса экссудат ссыхается в мощные рыхлые корки, которые причиняют мучительную боль.

Листовидная пузырчатка. На лице и туловище внезапно появляются вялые мягкие пузыри в виде сгруппированных очагов. Пузыри легко разрушаются, экссудат ссыхается в пластинчатые тонкие корочки, похожие на слоеное тесто. Очень быстро патологический процесс распространяется на весь кожный покров. Слизистые оболочки, как правило, не поражаются.



Себорейная, или эритематозная, пузырчатка. На лице, волосистой части головы, спине, груди образуются небольшие пузыри, быстро ссыхающиеся в сероватые корки. При снятии корок обнажается эрозированная поверхность. Иногда высыпание пузырей с последующим образованием эрозий отмечается на слизистой оболочке полости рта. Заболевание протекает длительно и в большинстве случаев доброкачественно.

Лечение. Основным методом лечения больных является применение кортикостероидов и цитостатиков. Терапия должна проводиться непрерывно длительно до полного исчезновения высыпаний элементов. Кортикостероиды вводят постоянно, независимо от наличия элементов. Антибиотики и сульфаниламидные препараты применяют в случаях присоединения инфекции. Местно назначают общие ванны с добавлением калия перманганата слабой концентрации, экстракт пшеничных отрубей, отвар дубовой коры,

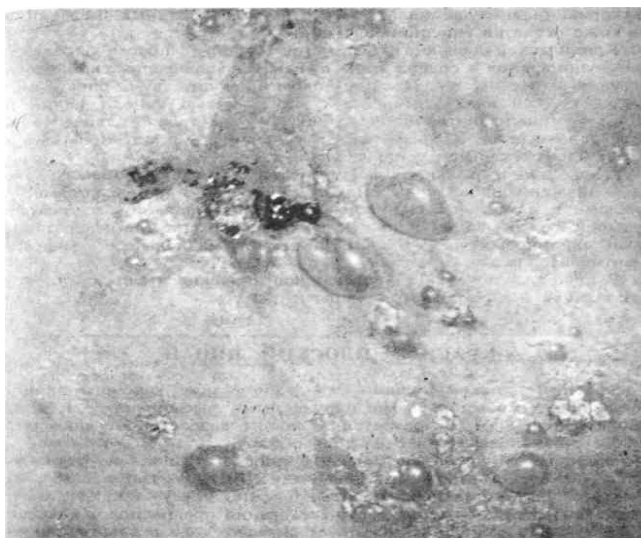
антибактериальные мази или водные растворы анилиновых красителей. Пораженную слизистую оболочку полости рта орошают теплыми 0,25—0,5 % растворами новокаина, этикридина лактата (1:1000), настоем ромашки, эвкалипта. Больные пузырчаткой находятся на диспансерном учете и получают при амбулаторном лечении лекарственные препараты бесплатно. Амбулаторным больным необходимо избегать физической перегрузки и нервного напряжения, соблюдать режим отдыха и сна. Не допускаются перемена климатических условий, лечение минеральными водами на курортах.

ГЕРПЕТИФОРМНЫЙ ДЕРМАТОЗ (БОЛЕЗНЬ ДЮРИНГА)

Это заболевание встречается в любом возрасте одинаково часто у лиц обоего пола. Заболевание обусловлено иммунологической аномалией, связанной с чувствительностью к клейковине (белок злаков) с нарушением переваривания ее. Аллергический генез болезни обосновывается имеющейся повышенной чувствительностью к йоду, брому, эозинофилией крови.

Заболевание часто начинается остро, а в дальнейшем протекает монотонно с приступами обострения. Сопровождается общим недомоганием, повышением температуры тела, резким зудом или чувством жжения в области очагов поражения. Высыпания могут локализоваться на любом участке кожного покрова, за исключением ладоней и подошв; в процесс могут вовлекаться слизистые оболочки. У детей заболевание протекает доброкачественно и к периоду полового созревания, как правило, исчезает.

На коже наблюдают полиморфную, нередко симметричную, склонную к слиянию сыпь.



Герпетиформный дерматоз.

В очагах поражения видны эритематозные, папулезные, уртикарные, везикулезные и буллезные высыпания. Пестроту клинической картины дополняют различные вторичные элементы, появляющиеся в результате сильного зуда и расчесов: эрозии на месте пузырьков и пузырей, корки, эскориации, шелушение. На месте регрессированных высыпаний на коже остается гиперпигментация.

Клинической диагностике помогают проба с йодом, определение эозинофилов в содержимом пузырей и периферической крови и другие исследования. Пробу с йодом проводят двумя способами: накожную — в виде компресса с 50 % мазью йодида калия и общую — прием внутрь чайной ложки 3 % раствора йодида калия. При положительной пробе уже в течение 1—2 сут появляются О новые элементы сыпи, усиливается зуд.

Лечение. Больных лечат препаратами сульфонового ряда — диаминодифенилсульфоном (ДДС) и его производными — циклами и длительно. Наружное лечение заключается в проколе пузырей и смазывании пораженных участков спиртовыми растворами анилиновых красителей. На эрозии накладывают повязки с антибактериальными мазями.

В профилактике рецидивов важное значение имеет диета, исключая продукты из пшеницы и ржи.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Красный плоский лишай — это заболевание неясного происхождения с мономорфными папулезными высыпаниями и длительным течением. Встречается в любом возрасте. Нередко при заболевании поражается слизистая оболочка рта.

Этиология и патогенез красного плоского лишая не установлены. Отмечено, что высыпания могут быть вызваны широким спектром лекарственных препаратов (по типу токсидермии). Высказано предположение о существовании предрасположенности к этому заболеванию. Существует немало доказательств значения нарушений нервной системы (психотравмы, стрессовые ситуации) .



Клинически заболевание характеризуется появлением в типичных местах (рис. 27) маленьких полигональных узелков с блестящей поверхностью, резко отграниченных от окружающей кожи. Цвет папул темно-красный, синюшный, а иногда и буроватый. В центре отдельных папул имеется пупкообразное вдавление. Узелки могут сливаться, образуя бляшки, на которых можно заметить своеобразный сетчатый рисунок (сетка Уикхема). Более отчетливо он заметен после смазывания поверхности папул и бляшек растительным маслом. Возможно высыпание свежих папул в ответ на внешние раздражения (изоморфная реакция). У некоторых больных высыпания сопровождаются пигментацией, появлением пузырей, атрофией кожи. Сыпь сопровождается зудом. На слизистых оболочках полости рта узелки часто сгруппированы, располагаются линейно в области смыкания зубов, имеют белесоватый цвет.



Клинически выделяют несколько разновидностей красного плоского лишая.

Красный плоский лишай диагностируется на основании типичного вида элементов сыпи, излюбленной ее локализации и наличия сильного зуда. Сложнее поставить правильный диагноз при локализации высыпаний только на слизистой оболочке полости рта.

Лечение. Главная задача лечения заключается в выявлении и устранении воздействия лекарственных препаратов и химических веществ, вызывающих заболевание. Больных тщательно обследуют для выявления у них соматических заболеваний. В первую очередь необходимо исследовать желудочно-кишечный тракт, содержание глюкозы в крови, нервно-психический статус больного. Проводят санацию полости рта. При всех формах назначают антигистаминные, седативные препараты, витамины группы В, препараты кальция. В тяжелых и распространенных случаях используют антибиотики широкого спектра действия, антималярийные препараты (хингамин и его производные).

Наружное лечение заключается в применении кортикостероидных препаратов, особенно в начале заболевания.

ПСОРИАЗ (ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ)

Псориаз — хроническое рецидивирующее заболевание кожи с мономорфными папулезными высыпаниями. Наблюдается у лиц обоего пола в любом возрасте. Распространенность этого заболевания очень высока: оно регистрируется у 2—5 % населения Земли.

Этиология и патогенез псориаза окончательно не выяснены. Считается, что чешуйчатый лишай обусловлен генетически. Одним из ведущих звеньев в его патогенезе являются иммунные нарушения. Возникновение псориаза и его обострения могут провоцироваться стрептококковой, вирусной инфекцией и нервными расстройствами (длительные нервные напряжения и стрессовые ситуации). В ряде случаев заболевание возникает без какой-либо видимой причины. Течение псориаза у некоторых больных вначале острое, у других в течение нескольких лет имеются только единичные псориазические элементы на коже коленей и локтей («дежурные» бляшки).



В типичных местах появляются папулы величиной от булавочной головки до монеты. Узелки розово-красного цвета, покрыты рыхло сидящими серебристо-белыми чешуйками. При поскабливание элементов обнаруживаются характерные для псориаза симптомы стеаринового пятна, терминальной пленки и кровяной росы., Увеличиваясь и сливаясь, папулы образуют бляшки самых разнообразных очертаний и размеров, резко отграниченные от окружающей кожи

У больных псориазом выделяют три стадии развития болезни: прогрессирующую, стационарную и регрессирующую.

Для прогрессирующей стадии характерны появление на неизменной коже большого количества свежих элементов, тенденция к периферическому росту элементов и развитие псориазических папул на месте механической травмы (изоморфная реакция).

В последнее время отмечается увеличение количества больных, жалующихся на зуд в этом периоде заболевания.

В стационарной стадии свежие элементы не появляются, зуд стихает, вокруг папул образуется бледная депигментированная каемка.

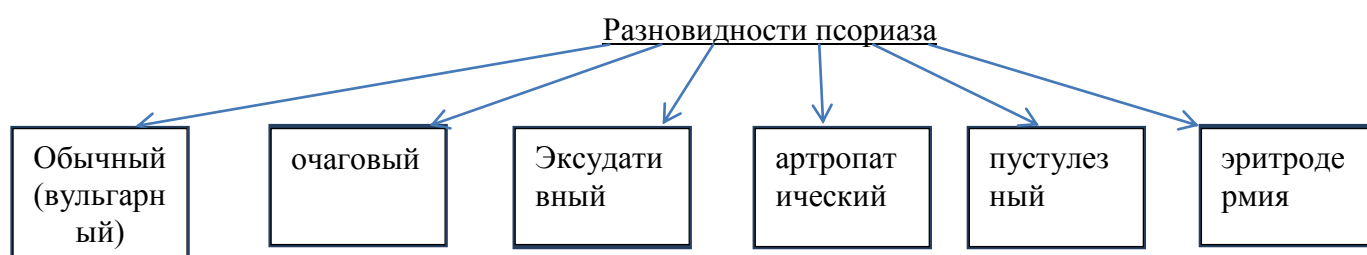
В регрессирующей стадии псориатические бляшки уплощаются, шелушение уменьшается и элементы постепенно рассасываются, начиная с центральной части.

Наряду с изменениями кожи у 7 % больных поражены ногти. Отмечаются их помутнение, появление продольных и поперечных бороздок.

У детей и женщин часто наблюдается более сочная окраска элементов, чешуйки сменяются чешуйками-корками и течение процесса становится более острым (экссудативный псориаз).

Любая из описанных форм может трансформироваться в тотальное поражение, когда элементов не видно и поражена вся кожа. Эта клиническая разновидность называется псориатической эритродермией. Она протекает более тяжело и длительно, сопровождается чувством стягивания кожи, ознобом, общим недомоганием и лихорадкой.

Наблюдаются и другие клинические разновидности заболевания.



Диагностика заболевания основывается на типичной клинической картине и локализации в сочетании с тремя классическими феноменами, характерными для псориаза.

Лечение и уход. Лечение состоит из общей и наружной терапии с учетом стадии, формы и сезонности заболевания. Общая терапия заключается в назначении седативных, антигистаминных средств, препаратов, влияющих на тканевый обмен, витаминов, пириогенала. Внедряются методы дезинтоксикации организма — гемодиализ, гемосорбция, ультрафильтрация и плазмаферез, применение внутрь ретиноидов (тигазон). В тяжелых и распространенных случаях в стационаре применяют цитостатики (мето-трексат) и системные кортикостероиды. Широко используют в последнее время различные варианты

фотохимиотерапии. Этот метод включает прием фотосенсибилизатора (пувален, псорален) с последующим облучением кожи длинноволновыми УФ-лучами (электромагнитные колебания с длиной волны 360 нм).



Наружная терапия остается важным методом лечения больных псориазом, она включает использование как «классических», так и новых кортикостероидных препаратов различных поколений. В прогрессирующей стадии наружное лечение проводится 1—2 % салициловой мазью, фторированными кортикостероидами. В стадии стабилизации используют мази с редуцирующими свойствами (сера, нафталан, деготь и др.) в возрастающих концентрациях. Новое эффективное средство для лечения всех стадий псориаза — мазь «Псоркутан», действующим началом которой является метаболит природного витамина D₃.

Физиотерапевтические процедуры (теплые ванны, парафиновые аппликации, УФ-облучение) и санаторно-курортное лечение (Мацеста, Пятигорск и др.) в некоторых случаях дают хорошие результаты.

Средний медицинский персонал должен помнить, что лечение обычно ликвидирует очередную вспышку высыпаний, но не предупреждает рецидивов. Больные псориазом должны находиться под тщательным наблюдением.

НАРУШЕНИЯ ПИГМЕНТАЦИИ КОЖИ

Пигментные расстройства (дисхромии) характеризуются усилением или ослаблением нормальной пигментации кожи и слизистых оболочек. Они встречаются при многих соматических заболеваниях. Расстройства пигментации рассматривают как результат дисфункции меланосом, которая тесно связана с содержанием витаминов, ферментными системами, эндокринными и генетическими факторами. На активность пигментных клеток оказывают влияние гормоны надпочечников, щитовидной железы, половые гормоны, микроэлементы (медь, цинк, железо), внутриклеточные ферменты эпидермиса.

Нарушения пигментации кожи и слизистых оболочек разделяют на гиперхромии и гипохромии. Они могут быть распространенными или ограниченными.

Гиперхромия (гиперпигментация). Это избыточное и не всегда исчезающее отложение в коже пигмента, что отличает его от загара. Может возникать первично, являясь отдельной нозологической формой, или вторично — после различных дерматозов (псориаз, красный плоский лишай и др.). К дерматологам чаще всего обращаются больные с веснушками, хлоазмами, врожденными пигментными пятнами.

Веснушки появляются на лице и на коже кистей и предплечий у детей и блондинов с тонкой кожей. Это мелкие, величиной с просыное зерно, круглые или неправильных очертаний пигментированные пятна. Они появляются в начале лета, а зимой почти полностью исчезают. Для лечения применяют перекись водорода, лимонный сок, хрен, настоенный на столовом уксусе, и другие белящие средства. В косметических кабинетах для удаления веснушек применяют отшелушивание с помощью 20 % салицилового спирта, белой ртутной мази в комбинации с масками из бодяги и других средств.

С целью профилактики рекомендуется избегать прямого и продолжительного действия на кожу УФ-лучей, применять фотозащитные кремы «Луч», «Щит», «От загара», пудры «Южная», «Курортная» и др.

Хлоазма — гиперпигментация кожи лица. Причины ее могут быть различными. Описаны хлоазмы у беременных, при гинекологических заболеваниях, поражениях печени. Клинически хлоазма характеризуется появлением на лице симметрично расположенных коричневых пятен различных оттенков. Они имеют разную величину, неправильные очертания, четкие границы. Иногда, сливаясь, пятна достигают значительной величины. С устранением этиологических моментов пигментные пятна

бледнеют и часто исчезают бесследно. Обследование и лечение больных необходимо проводить совместно с эндокринологами, гинекологами, терапевтами. Местное лечение заключается в применении отбеливающих и кератолитических средств, выбор их зависит от характера и давности процесса, состояния кожи и реактивности организма.

Врожденные пигментные пятна (невусы).



Невус — это пигментированное пятно или образование, содержащее меланоциты. Расположенные на открытых участках пигментные пятна необходимо оберегать от воздействия УФ-лучей, применяя для этого фотозащитные средства. Средние медицинские работники должны знать, что возникающие вокруг рта пигментные пятна, как правило, являются ранним признаком начинающегося полипоза желудочно-кишечного тракта. Следует разъяснить больным опасность травмирования пигментных пятен из-за возможного их злокачественного перерождения.

Гипохромия (гипопигментация). Гипохромии имеют различную природу, их подразделяют на первичные и вторичные. Первичные гипохромии — альбинизм и витилиго — представляют собой самостоятельные нозологические формы. Вторичные гипохромии наблюдаются при некоторых дерматозах и называются псевдолейкодермами.

Альбинизм — врожденное отсутствие пигмента кожи, волос, радужной и пигментной оболочек глаза. В настоящее время считается, что меланоциты присутствуют в коже больных альбинизмом в нормальных количествах, но блокирован фермент, который необходим для нормального синтеза меланина. Лечение безуспешно. Следует рекомендовать больному избегать солнечных облучений и применять светозащитные средства при выходе на улицу.

С целью профилактики заболевания необходимы медико-генетические консультации будущих родителей.

Витилиго — заболевание, представляющее собой очаговую потерю пигмента. В настоящее время больные витилиго составляют 1 % общего числа больных с кожными заболеваниями. Чаще наблюдается у детей и лиц молодого возраста.



Этиология и патогенез неясны и дискуссионны. Заболевание трактуется как наследственная патология. Провоцирующими факторами являются различные нервно-эмоциональные расстройства, чрезмерная инсоляция, интоксикация, травмы и другие вредные воздействия. Есть основание рассматривать витилиго как аутоиммунный процесс.

Клинически при витилиго на коже наблюдаются единичные или множественные пятна, лишенные пигмента. Пятна имеют различную величину и склонны к периферическому росту. По периферии пятен иногда видна гиперпигментированная зона, которая придает очагам резкий контраст с окружающей кожей. Непосредственно в очаге кожа не изменена: отсутствуют воспаление и шелушение, уплотнение и атрофия. Чувствительность не нарушена. Волосы на участках поражения также теряют пигмент.

Лечение больных витилиго пока малоэффективно. Только у части больных удается получить репигментацию, особенно при рано начатом лечении. Назначают внутрь витамины группы В, С, препараты, содержащие цинк и медь, фотосенсибилизаторы внутрь и местно в сочетании с УФ-облучением и др. Для маскировки гипохромных участков рекомендуется применять декоративные косметические красители, различные пудры.

БОЛЕЗНИ ВОЛОС

Рост, формирование и патологическое изменение волос зависят от воздействия многочисленных эндогенных и экзогенных факторов. Волосы могут выпадать при инфекционных заболеваниях (грипп, малярия, сифилис, тиф и т. д.), при интоксикациях различными лекарственными препаратами (цитостатики, антибиотики, сульфаниламиды). Трофические изменения волос сопровождают некоторые дерматозы: себорею, дерматомикозы, экзему и др. Отрицательно влияют на трофику волос частое мытье щелочными косметическими растворами, горячая завивка.

Общепринятой классификации заболеваний волос в настоящее время нет. Обычно выделяют дефекты стержня волос (нарушение его формы без поражения кожи волосистой части головы) и болезни волос с вовлечением в процесс кожи головы.

Дефекты стержня волоса. Эта аномалия наблюдается как симптом у больных с врожденными дерматозами — ихтиозом, кератодермией. Они могут возникать при некоторых кожных заболеваниях (атопический дерматит, экзема, псориаз, себорея и др.) и при различных эндокринопатиях. Наиболее часто дефекты стержня волос наблюдаются при нерациональном уходе за волосами: частом мытье, применении щелочных мыл, жесткой воды, излишнем употреблении обезжиривающих шампуней, перманентной завивке, использовании жестких гребешков, щеток и т. д.

Обычно наблюдается повышенная ломкость волос, часто сочетающаяся с расщеплением их кончиков. При неправильном уходе за волосами у больных могут возникнуть петлеобразные (перекрученные) волосы, а при изменении химизма волос возможна их ломкость.

К врожденным аномалиям волос, характеризующимся торпидностью течения и малоблагоприятным прогнозом, относят волосы кольцевидные, пучкообразные, веретенообразные (монилетрикс), типа шерсти, типа стекловолокна (синдром нерасчесываемых волос) и другие дефекты. Эти заболевания проявляются уже в раннем детском возрасте.

Избыточный рост волос, который не соответствует данной области кожи и возрасту больного, носит название гипертрихоза. Средний медицинский персонал должен знать, что гипертрихоз требует онкологической настороженности, хотя может являться следствием самых разнообразных патологических состояний.

Отмечено возникновение ограниченных очагов гипертрихоза при ожогах, экземе, склеродермии, венозной недостаточности и других заболеваниях. Следует учитывать, что ограниченный избыточный рост волос может наблюдаться при длительном ношении гипсовых повязок, на местах расчесов после множественных укусов насекомых, после инъекций различных вакцин и вследствие других причин.

Рост длинных волос частично или полностью по мужскому типу называется гирсутизмом. В возникновении гирсутизма играют роль генетические и психические факторы, нарушения метаболизма андрогенов. Оволосение по мужскому типу может возникнуть при заболеваниях яичников (поликистоз, опухоли) и надпочечников (синдром Кушинга и др.).

Признаком процесса старения обычно является поседение волос, связанное со снижением функции меланоцитов. Преждевременное поседение (до 20 лет) имеет генетическую основу или связано с некоторыми аутоиммунными заболеваниями. Поседение волос может наблюдаться при некоторых кожных заболеваниях (гнездная плешивость, герпес и др.) и в случаях применения следующих лекарственных препаратов: хлорохина, резохина, гидрохинона и т. д.

Болезни волос с вовлечением в процесс кожи головы. Усиленное выпадение волос и недостаточный рост новых носят название «плешивость» (алопеция). Возможны различные степени недостаточности роста волос: от резко выраженной разреженности до полного облысения. Можно выделить несколько типов облысения: обычный (физиологический), диффузный, врожденный, очаговый, рубцовый и др.

Обычное (старческое) облысение — естественный процесс, вызываемый действием андрогенов на генетически предрасположенные фолликулы. Возраст, в котором появляется облысение, зависит от наследственности, состоянии здоровья и образа жизни. Облысение наблюдается преимущественно у мужчин. У женщин при обычном облысении происходит выраженное Диффузное поредение волос.

Диффузное облысение возникает у мужчин и женщин в результате различных причин: высокой температуры, кровотечения, травмы, после родов, тяжелых эмоциональных стрессов, хронических отравлений. Диффузное облысение возможно у женщин, длительно употребляющих пероральные противозачаточные средства. Многие лекарственные препараты (цитостатики, антикоагуляторы, антималярийные и тиреостатические средства) могут вызвать выпадение и изменение цвета волос.

Врожденные алопеции проявляются в виде полного облысения (атрихия) либо (чаще) в форме резкого поредения волос вследствие их недостаточного роста — гипотрихоза. Этот тип облысения, как правило, сочетается с другими различными дефектами развития ребенка.

Очаговое облысение носит название гнездной, или круговидной, плешивости. Среди множества факторов, вызывающих это заболевание, следует назвать генетическую предрасположенность, астеническое состояние организма, органоспецифические аутоиммунные реакции и эмоциональный стресс.

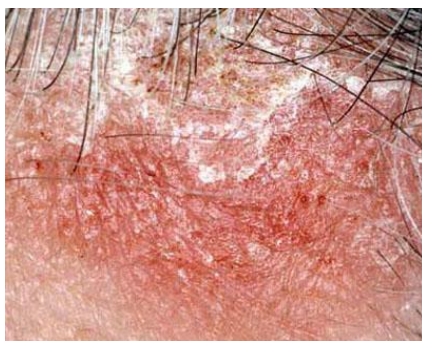
Заболевание характеризуется обычно появлением на волосистой части головы нескольких округлых очагов поражения, в пределах которых отмечается отсутствие волос. В начале заболевания очаги алопеции эритематозны и отечны. В дальнейшем кожа в очагах поражения становится яркой, приобретая цвет слоновой кости. Очаги облысения склонны к периферическому росту и слиянию вплоть до полного выпадения волос.

Рубцовое облысение — собирательный термин, используемый для определения процесса, приводящего к деструкции фолликула и рубцовым изменениям кожи. Оно может возникнуть из-за врожденных расстройств (ихтиоз, болезнь Дарье и др.), вследствие травмирующих воздействий, разрушения фолликулов специфической инфекцией (фавус, туберкулез и др.) или новообразованиями. Иногда рубцовая алопеция является конечной стадией красного плоского лишая, красной волчанки и других дерматозов.

Лечение. Коррекция различного рода изменений волосяного покрова требует индивидуальной терапии, назначаемой врачом. Лечение направлено на устранение патогенетических механизмов развития заболевания.

БОЛЕЗНИ САЛЬНЫХ И ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ

Себорея (салотечение). Это заболевание всего организма, при котором изменены секреторная функция сальных желез и химический состав кожного сала. Нарушение секреции жиров кожи обусловлено дисбалансом эстрогенов и андрогенов, который происходит в период полового созревания. Себорея может наблюдаться и у новорожденных под влиянием стимулирующего действия материнских половых гормонов.

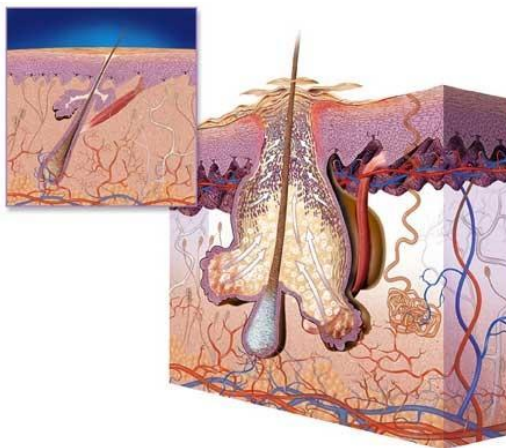


Отклонения в составе секрета желез приводят к подавлению бактерицидных свойств кожного сала и созданию благоприятных условий для размножения в железах разнообразной микрофлоры. Микроорганизмы способны, расщепляя триглицериды кожного сала до свободных жирных кислот, вызвать острую воспалительную реакцию кожи. На фоне себореи часто возникают различные формы угревой сыпи, атеромы, заболевания волос. Многие дерматозы, например экзема, псориаз, у больных себореей протекают атипично. В патогенезе этого заболевания значительная роль принадлежит также вегетодистонии, очагам хронической инфекции, функциональным нарушениям желудочно-кишечного тракта и другим факторам.

Различают жирную, сухую и смешанную себорею. При жирной себорее выделение кожного сала повышено. Смешиваясь с роговыми массами и пылью, оно образует в выводных протоках сальных желез и в устьях волосяных фолликулов черные пробки — комедоны. Кожа выглядит жирной, блестящей, устья сальных желез расширены или закупорены комедонами. Волосы жирные, липкие, склеиваются. У больных с жирной себореей наблюдается множество вульгарных угрей. При сухой себорее кожа лица сухая, шелушится, легко раздражимая. На коже волосистой части головы появляются обильные отрубевидные чешуйки, пропитанные кожным салом, — перхоть. Заболевание сопровождается зудом, сухостью волос, их истончением и выпадением.

Угревая сыпь (*acna vulgaris*). Угревая сыпь почти всегда возникает у больных, страдающих себореей, что позволяет отнести ее к осложнениям данного заболевания. Однако она может возникнуть и при избыточной секреции глюкокортикоидных гормонов (болезнь Иценко—Кушинга), у больных сахарным диабетом, микседемой; при функциональных нервно-психических нарушениях; при наличии фокальной инфекции, особенно в полости рта, зева, носа. Возникновению угревой сыпи способствуют также перенесенные инфекционные заболевания, авитаминоз, недостаточный уход за кожей. В связи с этим больных угревой сыпью необходимо тщательно обследовать и в зависимости от общего состояния организма назначить им соответствующую терапию.

Различают обыкновенные (вульгарные) угри, шаровидные, индуративные, абсцедирующие. Чаще встречаются обыкновенные угри, возникающие у юношей и девушек в период полового созревания.



Обыкновенные угри характеризуются появлением вокруг комедона воспалительного узелка небольших размеров. В центре этой папулы вскоре формируется пустула. При ее вскрытии выделяется небольшое количество гноя, который сохнет и образует корку. Инфильтрат на месте узелка рассасывается медленно, оставляя небольшие пигментные пятна или мелкие рубчики. Общая картина вульгарных угрей пестрая: жирная кожа лица, спины, груди, расширенные поры сальных желез, черные точки (комедоны), фолликулярные пустулы в различной стадии развития, гнойные и кровянистые корочки, пятна розового цвета, мелкие рубчики.

Диагностика различных форм угревой сыпи не представляет затруднений и основывается на типичной локализации процесса, клинической картине и возрасте больного.

Лечение и уход. С целью нормализации функции вегетативной нервной системы назначают препараты кальция, транквилизаторы, бромкамфору, беллоид. Важно также следить за функцией желудочно-кишечного тракта, назначать диету с ограничением жиров, углеводов и поваренной соли. Необходимо ликвидировать очаги хронической инфекции. Весьма полезны регулярные занятия физкультурой и спортом, достаточный сон. Широко применяют витамины группы В, А, С, Е, УФ-терапию. При жирной себорее у женщин выраженный эффект наблюдается при назначении (совместно с эндокринологом и гинекологом) препарата «Диане-35», который блокирует рецепторы андрогенов и обладает также контрацептивным действием.



Наружно назначают утром и вечером обезжиривающие и антибактериальные спиртовые растворы борной или салициловой кислоты и спирто-эфирные растворы. В ряде случаев благоприятное влияние на течение сухой себореи оказывают препараты, содержащие сульфид селена: сульсеновое мыло, паста «Сульсен», шампунь «Себорин».

При отсутствии гнойничков местное лечение угревой сыпи начинают с удаления комедонов. Для этого можно применять либо солевые процедуры, либо механическое их удаление так называемую чистку лица. При солевой процедуре круговыми скользящими движениями, не сдвигая кожу, на лицо наносят мыльную пену, смешанную с мелкой столовой солью ($\frac{1}{4}$ чайной ложки). Маску оставляют на 2—3 мин, а затем смывают горячей и холодной водой. Лицо вытирают насухо махровым полотенцем, смазывают тонким слоем крема «Маска», «Улыбка». Чистка лица является комплексной процедурой, состоящей из тепловых воздействий (паровая ванна, припарки, парафиновая маска) и механического удаления комедонов, и проводится в косметических лечебницах и кабинетах.

Угревая сыпь является показанием для дополнительного назначения взбалтываемых взвесей, содержащих серу и спирт. Выраженный эффект у больных угрями наблюдается

при применении нового негормонального крема «Скинорен» и лосьона «Окси», которые следует наносить на участки поражения 2 раза в сутки. В случаях упорной пустулизации назначают тетрациклин препараты цинка, ароматический ретиной роаккутан. При индуративных и абсцедирующих угрях иногда требуется хирургическое вмешательство.

Гипергидроз. Физиологическое повышенное потоотделение возникает при усиленной физической работе, высокой температуре окружающего воздуха, при острых лихорадочных заболеваниях и т.д. Повышенная потливость может быть следствием функциональных нарушений вегетативной нервной системы. В некоторых случаях гипергидроз стоп обусловлен ношением резиновой обуви, чулок из синтетического волокна и т. д. Потливость подошв нередко развивается у лиц, страдающих плоскостопием. Гипергидроз, как правило, является предрасполагающим фактором для развития инфекционного (стрептококкового, грибкового) поражения кожи.



Лечение потливости должно быть направлено на укрепление тонуса нервной системы. Для этого необходимо вести гигиенический образ жизни, заниматься спортом, применять препараты кальция, брома, витамин В. Благоприятное влияние оказывают общие теплые ванны. Местное лечение потливости проводят вяжущими, высушивающими и дезинфекционными средствами: борной и салициловой кислотами, танином, формалином, уротропином, тальком, окисью цинка и т. д. Средний медицинский персонал должен знать, что при слабовыраженной потливости иногда достаточно бывает ежедневно мыть ноги водой с мылом или обмывать их холодной водой. Больные гипергидрозом стоп должны часто менять носки (чулки) и носить свободную обувь.

В профилактике потливости большое значение имеют купания, воздушные и солнечные ванны, ходьба босиком.

РОЗАЦЕА

Розацеа — заболевание, локализующееся на коже лица; возникает, как правило, в зрелом и пожилом возрасте. Чаще встречается у женщин. В патогенезе важную роль играют желудочно-кишечные расстройства и нарушения нейроэндокринной регуляции. Способствуют развитию заболевания такие внешние факторы, как работа на открытом воздухе, в горячем цеху. Определенную роль играет клещ-железница, который является сапрофитным паразитом кожи.

Заболевание начинается с незначительной гиперемии кожи лица, которая усиливается от приема острой, горячей пищи и под воздействием эмоциональных факторов. Постепенно эритема становится стойкой, приобретает синюшный оттенок. На фоне эритемы появляются телеангиэктазии, мелкие красного цвета узелки и пустулы. Развивается клиническая картина розовых угрей. При длительном существовании розовых угрей в результате воспаления и венозного застоя кожа грубеет, утолщается, появляются бугристые выбухания, может развиваться ринофима (шишковидный нос).

Сходным с розацеа является околоротовой (розацеаподобный, периоральный) дерматит. Основные причины его — повышенная чувствительность кожи лица к некоторым косметическим средствам: кремам, губным помадам, гримам, лосьонам, зубным пастам и т. д. Определенную роль в возникновении околоротового дерматита играет длительное применение фторсодержащих кортикостероидных мазей.

Лечение эффективно при одновременной терапии сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринных нарушений у женщин в климактерическом периоде. Следует избегать провоцирующих факторов, способствующих расширению кровеносных сосудов лица, — холода, солнечных лучей. Нужно соблюдать щадящую диету, отказаться от применения средств декоративной косметики. Общее лечение заключается в применении антималярийных препаратов, трихопола, витаминов. Наружное лечение начинают с примочек, охлаждающих кремов. После стихания островоспалительных процессов назначают пасты и мази с серой, дегтем, нафталаном.

При обнаружении клеща-железницы проводят противопаразитарное лечение по методу М. П. Демьяновича или мазью «Ям». Из физиотерапевтических методов используют криомассаж и электрокоагуляцию.

НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ

Согласно современной международной классификации опухоли кожи подразделяют на три группы.

Клинические разновидности новообразований кожи

Доброкачественные	Предраковые	Злокачественные
Папиллома	Старческая кератома	Эпителиома
Аденома	Кожный рог	Меланома
Фиброма		Саркома
Липома	Лейкоплакия	Дискератоз дискоидный (Боуэна)
Ангиома		Экстрамамиллярный рак (Педжета)

Средний медицинский персонал должен знать, что существуют и так называемые вторичные (метастатические) опухоли кожи у больных, лечившихся по поводу новообразований внутренних органов. В настоящее время выделяют еще группу заболеваний, обусловленных первично возникающей в коже злокачественной пролиферацией лимфоидных клеток. Эти заболевания носят название лимфом кожи.

Особое место среди опухолей кожи занимает **ангиоретикулез Капоши** (идиопатическая множественная геморрагическая саркома или саркома Капоши). Необыкновенная клиническая и патогистологическая картина этого заболевания, с одной стороны, позволила выделить его в специальную нозологическую единицу, с другой — дала повод для различных толкований и мнений в отношении гистогенеза, патогенеза и сущности этого страдания.

Интерес к саркоме Капоши усилился еще больше в последнее время, когда было установлено, что она встречается примерно у 30 % больных с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД). Выделяют неэпидемическую (классическую) форму саркомы Капоши и эпидемическую, наблюдаемую у больных СПИДом.

Клинически и гистологически обе формы заболевания практически неотличимы. Это сосудистая опухоль, исходящая из элементов ретикулогистиоцитарной ткани, в первую очередь кожи. Клиническая картина разнообразна в зависимости от длительности течения процесса. Она характеризуется появлением, чаще всего на коже конечностей, фиолетовых пятен. Впоследствии возникают плотные узелки и узлы диаметром до 2 см, округлых очертаний, синюшно-красного и коричнево-красного цвета. После слияния элементов формируются бляшки и узловато-опухолевидные элементы различных размеров и оттенков, на поверхности которых могут наблюдаться вегетации, кератозы, геморрагии (рис. 36). Опухоли могут сливаться, образуя бугристые очаги, и изъязвляются. Заболевание встречается преимущественно у мужчин.

У больных СПИДом саркома Капоши протекает в более агрессивной форме, часто носит генерализованный характер, поражая лимфатические узлы, слизистые оболочки и внутренние органы. При СПИДе эта опухоль имеет злокачественный характер, и химиотерапия здесь не всегда эффективна.

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся виды первичных злокачественных опухолей кожи.

Рак кожи составляет 4—10 % всех злокачественных опухолей человека. Наиболее часто он возникает у живущих в государствах Средней Азии. Им заболевают почти одинаково часто люди обоего пола, главным образом пожилого возраста.

Какой-либо одной причины, приводящей к возникновению рака кожи, нет. В большинстве случаев ему предшествуют изменения кожи, создающие тот патологический фон, на котором и возникает раковый процесс. Эти изменения кожи называются предраковыми.

В настоящее время все факторы, способствующие возникновению предраковых изменений кожи, принято объединять в следующие группы:

- 1) факторы внешней среды, которыми являются физические воздействия (травма, инсоляция, ионизирующая радиация) и воздействие канцерогенных веществ (полициклические ароматические углеводороды и др.);

- 2) хронические воспалительные процессы специфической и неспецифической природы с явлениями патологической дистрофии (туберкулез кожи, красная волчанка, а

из неспецифических воспалительных заболеваний — трофические язвы, свищи, послеожоговые рубцы и др.);

3) патологические состояния конституционального или возрастного характера (пигментная ксеродерма, хронические воспалительные процессы кожи, аномалии развития и др.).

Базоцеллюлярная эпителиома, или базалиома. Эта опухоль происходит из клеток базального слоя эпидермиса, составляет примерно 60 % случаев кожного рака. Опухоль возникает одинаково часто у мужчин и женщин пожилого или среднего возраста. Излюбленной локализацией является лицо, особенно периоральная область.

Базалиома клинически характеризуется появлением на коже узелка плотной консистенции розового или розовато-желтого цвета. Узелок постепенно растет и через много месяцев или даже лет достигает размеров монеты диаметром 12—15 мм. В дальнейшем он эрозируется и быстро покрывается желтовато-серой коркой. По краям очаг окружен сплошным плотным валиком или валиком, состоящим из отдельных, наподобие жемчужин, хрящевидных блестящих узелков.

Спиноцеллюлярная эпителиома, или плоскоклеточный рак. Это новообразование развивается из клеток шиповатого слоя. Локализуется в большинстве случаев на лице, шее, волосистой коже головы, наружных половых органах, а также на слизистых оболочках. Болеют преимущественно мужчины в возрасте 40—50 лет. Опухоль отличается выраженной злокачественностью, так как довольно быстро растет, часто дает метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Заболевание начинается с образования в толще кожи плотно ограниченного узла, быстро увеличивающегося в размерах. Центральная часть его покрыта плотными роговыми массами. Вскоре образуется язва с плотным, легко кровоточащим дном и возвышающимися плотными краями. При эндофитной форме плоскоклеточного рака опухоль прорастает преимущественно в глубину тканей, а затем быстро образуется язва.

Лечение проводится в онкологических диспансерах. Базалиомы можно удалять диатермокоагуляцией, криодеструкцией или лазеротерапией. Применяют противоопухолевые мази (колхаминовая и др.). Показаны хирургическое или электрохирургическое иссечение плоскоклеточного рака и лучевая терапия.

Меланома. Это одно из наиболее злокачественных опухолей человека, встречается у 10% больных со злокачественными опухолями кожи. Возникает преимущественно у лиц среднего и старческого возраста, чаще у женщин. Особенно часто развивается у людей со светлой кожей, голубыми глазами и белокурыми волосами, на фоне врожденных или приобретенных пигментных пятен. Излюбленной локализацией являются верхние и нижние конечности, голова, шея, слизистые оболочки.



Меланома возникает из пигментообразующих клеток — меланоцитов.

Причина озлокачествления меланоцитов точно не установлена. Развитию меланомы из пигментных невусов, папиллома-тозных пигментных пятен способствуют травмы, прижигания, порезы, чрезмерная инсоляция, а также другие раздражающие факторы.

Основными признаками меланомы являются усиление или ослабление пигментации, увеличение невуса, изъязвление, кровотечение, образование корочки, розового венчика или радиальных тяжей вокруг формирующейся опухоли или пятна. Вскоре наступает диссеминация процесса, сначала на соседние участки кожи в виде узелков-сателлитов, затем в регионарные лимфатические Узлы. В более поздние периоды меланома метастазирует во внутренние органы. Раннее изъязвление меланомы является неблагоприятным прогностическим признаком. Злокачественность процесса резко усиливается при травматизации опухоли.

Почти безошибочно помогает диагностировать меланому кожи Радиометрический способ, основанный на интенсивном накоплении Радиоактивного фосфора (^{32}P) меланомой. Из морфологических Методов диагностики при меланоме важное место занимает цитологическое исследование, но использовать его можно только при наличии язвенной поверхности, с которой производят отпечатки.

Прогноз всегда серьезный. Успех терапии зависит от своевременного обращения за лечебной помощью и правильной врачебной тактики.

Тестовые задания

- I. Укажите для каких заболеваний характерны перечисленные ниже симптомы:
1. полиганальные узелки темно-красного цвета с пупковидным вдавлением в центре.
 2. зуд
 3. узелки сливаются, образуют бляшки
 4. изоморфная реакция
- II. Укажите для каких заболеваний характерны перечисленные ниже симптомы:
1. узелки розово-красного цвета
 2. узелки сливаются, образуют бляшки
 3. при поскабливании характерен симптом триады (стеариновое пятно, терминальная пленка, роса)
 4. зуд
 5. изоморфная реакция
- III. Отметьте места излюбленной локализации дискоидной красной волчанки.
1. Щеки
 2. Голени
 3. Нос
 4. Спина
- IV. Выпишите заболевания, при которых симптом Никольского положителен:
1. пузырьчатка вульгарная
 2. пузырьчатка вегетирующая
 3. пузырьчатка себорейная
 4. синдром Лайелла
- V. Выпишите клинические разновидности вульгарного псориаза:
1. артропатический
 2. эритродермия
 3. пустулезный
 4. эксудативный
- VI. Какие элементы высыпаний наиболее характерны для вульгарного псориаза:
1. капсулы розово-красного цвета
 2. плоские капсулы
 3. капсулы буровато-красного цвета
 4. бугорки
- VII. Выпишите заболевания при которых может наблюдаться изоморфная реакция:
1. красный лишай
 2. вульгарный псориаз
- VIII. Какие экзо- и эндогенные факторы не имеют значения в патогенезе склеродермии?
1. возраст
 2. эндокринные нарушения
 3. травмы
 4. охлаждения
 5. стрессы

IX. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза пузырчатки:

1. мазки-отпечатки на акантолитические клетки
2. посев содержимого пузыря на флору
3. анализ крови
4. симптом Никольского

X. Поражение суставов и ногтевых пластинок бывает при:

1. экземе
2. псориазе
3. токсидермии
4. нейродермите

XI. Воспалением сальных желез характеризуется:

1. угревая сыпь
2. фурункул
3. стрептодермия
4. везикулопустулез

XII. Для псориаза характерным является следующий морфологический элемент:

1. везикула
2. корка
3. папула
4. уртикария

XIII. Для чешуйчатого лишая характерным морфологическим элементом является:

1. корка
2. папула
3. трещина
4. бугорок

XIV. При проведении наружной терапии Вы отметили, что у больной псориазом на родимом пятне образовались кровянистые корочки. Выяснилось, что имеются и другие изменения невула, подозрительные на опухолевый процесс, кроме:

1. увеличения в размерах
2. вторичного инфицирования
3. усиления пигментации и распространения ее на окружающую кожу
4. образования воспалительного ободка вокруг родимого пятна.

Эталоны ответов

- I. Красный плоский лишай
- II. Вульгарный псориаз
- III. 1,3
- IV. 1
- V. 1
- VI. 1
- VII. 1,2
- VIII. 1
- IX. 1
- X. 2
- XI. 1
- XII. 3
- XIII. 2
- XIV. 2

Рекомендуемая литература:

1. Б. И. Зудин. «Кожные и венерические болезни», М. «Медицина», 2007 г.
2. Н. Р. Пантелеева. «Справочник медицинской сестре по уходу», М. «Медицина», 2008 г.
3. О. В. Иванова. «Справочник кожных и венерических заболеваний», М. «Медицина», 2009г.
4. В. И. Барадумец. «Справочник практикующего врача», М. «Баян», 2007 г.
5. Интернет ресурсы.